

1. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird ein umfassender Überblick über die verschiedenen Aspekte des Pflegesystems in Deutschland gegeben. Die Pflege und Rehabilitation spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung, insbesondere für ältere Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Ziel dieses Kapitels ist es, die Strukturen und Mechanismen zu beleuchten, die das deutsche Pflegesystem prägen, und die spezifischen Herausforderungen und Lösungen darzustellen.

3.1 Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung in Deutschland wurde am 1. Januar 1995 eingeführt. Sie ist zweigeteilt: die Soziale Pflegeversicherung, die sich an der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert, und die Private Pflegeversicherung, die sich an der privaten Krankenversicherung orientiert. Diese Struktur stellt sicher, dass jeder Versicherte eine Pflegeversicherung dort abschließt, wo er auch seine Krankenversicherung hat (Lauterbach et al. 2005: 4). Durch diese Regelung wird eine flächendeckende Absicherung für alle Bürger gewährleistet, da die verbleibenden 11% der Bevölkerung, die nicht in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind, verpflichtet sind, eine private Pflegeversicherung abzuschließen (Nadash et al., 2017:2). Die demografische Entwicklung in Deutschland stellt die Pflegeversicherung jedoch vor große Herausforderungen. Die Bevölkerung altert rapide, was zu einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen führt. Prognosen zeigen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2055 auf über 6,1 Millionen Menschen ansteigen wird (Maier 2015: 51). Diese Entwicklung wird die finanzielle Belastung der Pflegeversicherung erheblich erhöhen und den Bedarf an Pflegekräften stark ansteigen lassen (Vanella et al. 2020: 18). Bereits heute werden etwa 70 Prozent der pflegerischen Leistungen innerhalb der Familie erbracht, was die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege für viele pflegende Angehörige erschwert. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind politische Maßnahmen und Reformen notwendig. Eine Möglichkeit besteht darin, die Verweildauer der Pflegekräfte im Beruf zu erhöhen. Studien zeigen, dass durch eine Angleichung der Verweildauer der Altenpflegekräfte an die der Krankenschwestern die Anzahl der Altenpfleger um bis zu 260.000 Personen steigen könnte (Hackmann 2010: 27). Dies würde die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen um bis zu 48 Prozent befriedigen und somit die Belastung des Pflegesystems deutlich reduzieren. Neben der professionellen Pflege spielen auch

Maßnahmen zur Förderung der informellen Pflege eine wichtige Rolle. Ohne entsprechende Anreize wird die Bereitschaft, informelle Pflegeleistungen anzubieten, in den kommenden Jahren stark abnehmen, was sowohl aus finanziellen Gründen als auch im Hinblick auf die Sozialstruktur problematisch ist (Maier 2015: 179). Es erscheint daher ratsam, Regelungen aus anderen europäischen Ländern zu übernehmen, die das bestehende Angebot in Deutschland sinnvoll ergänzen könnten, ohne dabei den ökonomischen Rahmen zu sprengen (Maier 2015: 161).

3.2 Der stationäre Pflegemarkt

Der stationäre Pflegemarkt in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, die vor allem durch die demografische Entwicklung bedingt sind. Die Zahl der Menschen über 65 Jahre hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten signifikant erhöht und wird voraussichtlich weiter steigen (Grant et al. 2019: 2). Diese Entwicklung führt zu einem erhöhten Bedarf an stationärer Pflege, da immer mehr ältere Menschen auf professionelle Unterstützung angewiesen sind. Ferner erschwert der Rückgang der Erwerbspersonenpotenziale die Bereitstellung ausreichender Pflegekräfte, was zusätzliche Belastungen für das Pflegesystem mit sich bringt (Maier 2015: 50). Ein weiteres zentrales Problem im deutschen Pflegemarkt ist die Finanzierung. Trotz der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 bleibt die Frage der Finanzierbarkeit angesichts steigender Pflegekosten und begrenzter öffentlicher Mittel ungelöst (ebd.: 1 f.). Die Pflegeversicherung stellt zwar eine wichtige Säule der sozialen Sicherung dar, jedoch sind Reformen notwendig, um die Finanzierbarkeit des Systems langfristig zu gewährleisten. Hierbei spielen auch die Präferenzen der Bürger eine wichtige Rolle, die zunehmend kostengünstigere und qualitativ hochwertige Pflegeoptionen suchen. Die Unterschiede in der Bereitstellung und Qualität der Pflegeleistungen variieren stark zwischen den Kommunen, was zu regionalen Ungleichheiten führt (Schulz und Geyer 2014: 25). In einigen Bundesländern, wie Bayern und Schleswig-Holstein, wurden spezifische Mindeststandards für Pflegeheime eingeführt, um die Qualität der Pflege zu sichern (Jee 2024: 11). Diese Regelungen beinhalten Vorschriften zu Wohn- und Pflegeräumen sowie zu Sicherheits- und Hygienestandards. Solche Maßnahmen sind entscheidend, um eine einheitliche und hohe Qualität der Pflege sicherzustellen und regionale Disparitäten zu minimieren.

3.3 Pflegesätze

Die Pflegesätze in Deutschland sind ein zentrales Element der Finanzierung von Pflegeeinrichtungen und beeinflussen die Qualität der Pflege maßgeblich. Die Pflegesätze setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, darunter die Kosten für Pflegeleistungen, Unterbringung und Verpflegung sowie Investitionskosten. Diese Kosten werden durch Vereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern festgelegt und variieren je nach Pflegebedarf der Bewohner (Reichert und Stroka 2018: 11). Seit 2017 sind die Eigenanteile der Bewohner innerhalb einer Pflegeeinrichtung unabhängig vom individuellen Pflegebedarf festgelegt, was zu einer einheitlichen Eigenbeteiligung geführt hat (Karmann und Sugawara 2020: 13). Die Pflegesätze haben direkte Auswirkungen auf die Qualität der Pflege. Studien zeigen, dass höhere Pflegesätze in der Regel mit einer besseren Versorgungsqualität einhergehen. Dies wird durch eine größere Verfügbarkeit von Ressourcen und besseren Personalschlüssel ermöglicht (Reichert und Stroka 2018: 7). Gleichzeitig gibt es Kritik, dass die derzeitigen Pflegesätze nicht ausreichen, um die steigenden Anforderungen und Kosten in der Pflege zu decken. Insbesondere in Regionen mit höheren Lebenshaltungskosten sind die Pflegesätze oft nicht ausreichend, um eine angemessene Pflegequalität sicherzustellen (ebd.: 11). Ein weiteres Problem ist die fehlende Flexibilität der Pflegesätze, die Pflegeeinrichtungen daran hindert, auf spezifische Bedürfnisse und lokale Gegebenheiten einzugehen. Eine Studie empfiehlt daher, die Rolle der Pflegeheimbewohner in den Verhandlungen über Pflegesätze zu stärken und jährliche Qualitätsberichte durch unabhängige Prüfer einzuführen, um Informationsasymmetrien zu verringern (ebd.: 21). Dies könnte dazu beitragen, die Transparenz zu erhöhen und den Pflegebedürftigen eine informierte Entscheidung über die Wahl ihrer Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Die demografische Entwicklung und die alternde Bevölkerung stellen zusätzliche Herausforderungen für das Pflegesystem in Deutschland dar. Mit zunehmendem Alter der Bevölkerung steigt die Nachfrage nach Pflegeleistungen, was zu einer weiteren Belastung der Pflegeeinrichtungen und der Finanzierungssysteme führt. Eine internationale Vergleichsstudie zeigt, dass die demografischen und politischen Unterschiede zwischen Ländern wie Japan und Deutschland zu unterschiedlichen Ergebnissen in der Pflege führen (Karmann und Sugawara 2020: 7). Es ist daher notwendig, die Pflegesätze kontinuierlich zu überprüfen und anzupassen, um eine qualitativ hochwertige Pflege auch in Zukunft sicherzustellen.

3.4 Schwerpunktpflege Schlaganfall

Schwerpunktpflege in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen, insbesondere durch die demografischen Veränderungen und die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Die Zahl der Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, wächst stetig, was eine Anpassung und Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur notwendig macht (Wronski et al. 2021: 2). Ein zentrales Thema in der Schwerpunktpflege ist die Fragmentierung der medizinischen Versorgung. In Deutschland ist die Pflege über verschiedene Sektoren hinweg organisiert, was zu Koordinationsproblemen führt. Besonders in ländlichen Regionen treten diese Herausforderungen häufig auf, da hier der Zugang zu spezialisierten Pflegeleistungen eingeschränkt ist. Durch eine bessere Integration und Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche, wie zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, könnte die Situation verbessert werden (Skudlik et al. 2023: 1). Ein weiteres wichtiges Thema ist die informelle Pflege, die oft von Familienmitgliedern übernommen wird. Diese Form der Pflege ist in Deutschland weitverbreitet, jedoch gibt es signifikante Unterschiede im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hinsichtlich der Unterstützung und Anerkennung informeller Pflegekräfte (Maier 2015: 221; Schulz und Geyer 2014: 1). Schließlich ist die psychische und physische Belastung von Pflegekräften ein zentrales Thema, das in der Diskussion um die Schwerpunktpflege in Deutschland nicht vernachlässigt werden darf. Pflegekräfte, insbesondere in der Palliativpflege, sind häufig hohen emotionalen und körperlichen Belastungen ausgesetzt (May et al. 2022: 29). Studien zeigen, dass Maßnahmen wie eine höhere Anerkennung der Pflegearbeit, bessere Arbeitsbedingungen und gezielte Stressbewältigungsprogramme notwendig sind, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte zu fördern (ebd.: 18-24). Eine solche Unterstützung würde nicht nur den Pflegekräften zugutekommen, sondern auch die Qualität der Pflege insgesamt verbessern. Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland. Jährlich erleiden etwa 262.000 Menschen einen ersten oder wiederkehrenden Schlaganfall (Diermayr et al. 2020: 2). Trotz der Fortschritte in der Akutversorgung, insbesondere durch die Einrichtung spezialisierter Schlaganfallstationen (Stroke Units), gibt es signifikante Herausforderungen in der Nachsorge. Der Übergang von der stationären Rehabilitation zur ambulanten Versorgung ist oft unzureichend organisiert, was die Nachhaltigkeit der erreichten Rehabilitationserfolge gefährdet (Hempler et al. 2018: 1). Ein zentrales Problem in der Nachsorge von Schlaganfallpatienten in Deutschland ist die

mangelnde Kontinuität zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Diese Lücke führt dazu, dass viele Patienten nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation keine angemessene weiterführende Betreuung erhalten. Dies kann zu erneuten Krankenhausaufenthalten und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen. Studien zeigen, dass nur etwa 18,8 % der Schlaganfallpatienten mit motorischen Beeinträchtigungen eine therapeutische Behandlung gemäß den aktuellen Empfehlungen erhalten (Diermayr et al. 2020: 2). Die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im ambulanten Bereich spielt eine entscheidende Rolle für die Verbesserung der Nachsorge. Ein interdisziplinäres Team, das aus Neurologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräften besteht, kann die Versorgung der Patienten erheblich verbessern (Hempler et al. 2018:1). Trotz einiger vielversprechender Ansätze fehlt es jedoch an einem standardisierten Nachsorgeprogramm, das flächendeckend in Deutschland etabliert ist (ebd.: 2).

3.5 Therapieleistungen

Therapieleistungen in der stationären Pflege in Deutschland sind ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems und werden in verschiedenen Einrichtungen angeboten. Diese Einrichtungen folgen spezifischen Leitlinien und Standards, um eine optimale Versorgung sicherzustellen (Tauber et al. 2020: 7). Die Behandlung erfolgt oft über mehrere Wochen und umfasst eine Vielzahl von therapeutischen Ansätzen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten sind (Schuler et al. 2019: 2).

3.5.1 Physiotherapie

Physiotherapie spielt eine entscheidende Rolle in der stationären Pflege in Deutschland, insbesondere bei der Rehabilitation geriatrischer Patienten. Diese spezialisierten Programme sind darauf ausgelegt, die funktionelle Leistungsfähigkeit der Patienten zu verbessern und somit ihre Lebensqualität zu erhöhen. Studien zeigen, dass solche Programme oft in speziell ausgewiesenen Einheiten durchgeführt werden und multidisziplinäre Teams umfassen, die eine umfassende geriatrische Bewertung und Zuweisung der Patienten vornehmen (Bachmann et al. 2010: 19). Ein wesentlicher Aspekt der physiotherapeutischen Versorgung in der stationären Pflege ist die Anpassung der Interventionen an die spezifischen Bedürfnisse der Patienten. Diese maßgeschneiderten Ansätze beinhalten regelmäßige Beurteilungen durch das Pflegeteam und den Patienten selbst, um den Behandlungsfortschritt zu überwachen und anzupassen (ebd.: 3). Durch diese individualisierten Programme wird die Wahrscheinlichkeit

erhöht, dass Patienten ihre Mobilität und Selbstständigkeit wiedererlangen, was letztlich zu einer Reduzierung der Pflegekosten führt. Die Verfügbarkeit und Nutzung physiotherapeutischer Dienstleistungen kann jedoch stark von regionalen Faktoren abhängen. Untersuchungen in Deutschland haben gezeigt, dass die Dichte der Physiotherapeuten in verschiedenen Regionen stark variiert, was zu Unterschieden in der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen führt (Rommel et al. 2017: 8-10). Nordrhein-Westfalen hat etwa eine niedrigere Versorgungsdichte im Vergleich zu Sachsen, was sich auch in den Utilisationsraten widerspiegelt. Diese Unterschiede unterstreichen die Notwendigkeit einer besseren regionalen Planung und Verteilung physiotherapeutischer Ressourcen. Die physiotherapeutische Versorgung von Schlaganfallpatienten in der stationären Pflege in Deutschland ist ein zentrales Thema der Rehabilitation. Nach einem Schlaganfall ist eine intensive physiotherapeutische Betreuung essenziell, um die motorischen Fähigkeiten und die allgemeine Mobilität der Patienten wiederherzustellen. Studien haben gezeigt, dass sowohl jüngere als auch schwerer betroffene Patienten in spezialisierten Rehabilitationszentren signifikante Fortschritte in der Funktionalität, im neurologischen Zustand, im Gleichgewicht und im Gangbild erzielen (López-Liria et al. 2016: 9). Ein entscheidender Faktor für den Erfolg der physiotherapeutischen Maßnahmen ist der frühzeitige Beginn der Therapie. Es hat sich gezeigt, dass die Rehabilitation möglichst sofort nach der Diagnose starten sollte, um optimale Ergebnisse zu erzielen (ebd.: 5). In deutschen Krankenhäusern werden die Patienten in spezialisierten Schlaganfallstationen, den sogenannten Stroke Units, betreut, die eine umfassende Überwachung und Behandlung in der akuten Phase ermöglichen (Hempler et al., 2018). Die organisatorischen Strukturen und die Effizienz der physiotherapeutischen Rehabilitation in Deutschland weisen im internationalen Vergleich besondere Stärken auf. Deutsche Schlaganfallpatienten zeigen nach einem Jahr eine signifikant bessere funktionale Erholung und eine relativ geringe Sterblichkeit im Vergleich zu Patienten in Großbritannien (Unrath et al. 2013: 8). Diese positiven Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer strukturierten und intensiven physiotherapeutischen Betreuung in der stationären Pflege. Dennoch bleibt die kontinuierliche Verbesserung der Nachsorge ein zentrales Anliegen, um die langfristige Lebensqualität der Patienten weiter zu erhöhen.

3.5.2 Ergotherapie

Die Ergotherapie spielt eine wesentliche Rolle in der stationären Pflege in Deutschland. Sie verfolgt das Ziel, die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Patienten zu fördern und zu

erhalten. Gerade in Pflegeeinrichtungen, in denen viele ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen leben, ist die Ergotherapie von besonderer Bedeutung. Sie unterstützt die Patienten dabei, alltägliche Aktivitäten wie Anziehen, Essen und Körperpflege selbstständig durchzuführen. Dadurch wird nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige Gesundheit gefördert, was zu einer höheren Lebenszufriedenheit beiträgt (Merklein de Freitas 2020: 10). Ein besonderer Schwerpunkt der Ergotherapie liegt auf der individuellen Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse der Patienten. Dies geschieht durch eine umfassende Analyse der aktuellen Fähigkeiten und Einschränkungen. In vielen Fällen arbeiten die Therapeuten interdisziplinär mit Ärzten, Pflegekräften und anderen Fachleuten zusammen, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Die Effektivität dieser Methode zeigt sich auch in der verbesserten Kommunikation und Zielsetzung innerhalb des Teams, was zu besseren Therapieergebnissen führt (Hofmann 2010: 6). Trotz der positiven Effekte gibt es Herausforderungen bei der Implementierung von ergotherapeutischen Maßnahmen in der stationären Pflege. Eine Studie hat gezeigt, dass eine mangelnde Erfahrung der Therapeuten mit spezifischen Programmen, wie beispielsweise dem Community Occupational Therapy in Dementia Programme (COTiD), zu weniger optimalen Ergebnissen führen kann. In Deutschland hatten die Therapeuten weniger Erfahrung und Training im Vergleich zu ihren niederländischen Kollegen, was die Effektivität der Therapie beeinträchtigte (Voigt-Radloff et al. 2011: 13). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Fortbildungsmaßnahmen und Trainingszeiten für Therapeuten zu erweitern, um die Qualität der Therapie zu verbessern. Ergotherapie spielt eine zentrale Rolle in der stationären Pflege von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Nach einem Schlaganfall benötigen viele Patienten gezielte therapeutische Maßnahmen, um ihre motorischen und kognitiven Fähigkeiten wiederzuerlangen oder zu verbessern. Eine Studie zeigt, dass eine intensive Ergotherapie die funktionellen Fähigkeiten der Patienten signifikant verbessern kann (Nave et al. 2019: 5). Neben der Wiederherstellung der Beweglichkeit zielt die Ergotherapie auch darauf ab, den Patienten zu helfen, alltägliche Aufgaben wie das Anziehen oder Essen wieder eigenständig durchzuführen (ebd: 26). In Deutschland gibt es verschiedene Phasen der Rehabilitation, die von der Akutbehandlung bis zur langfristigen Nachsorge reichen (Hempler et al. 2018: 4). Besonders in der Phase B und C, die sich auf die frühe und weiterführende Rehabilitation konzentrieren, ist die Ergotherapie ein integraler Bestandteil der Behandlung (Unrath et al. 2013: 16). Durch gezielte Übungen und Aktivitäten wird die Wiederherstellung und Erhaltung der Selbstständigkeit der Patienten gefördert. Diese Phasen sind entscheidend, um die

Lebensqualität der Patienten nachhaltig zu verbessern und ihre Wiedereingliederung in den Alltag zu ermöglichen (Chang et al. 2022: 14). Ein weiteres wichtiges Element der Ergotherapie in der stationären Pflege ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ergotherapeuten arbeiten eng mit Physiotherapeuten, Logopäden und Pflegekräften zusammen, um ein ganzheitliches Behandlungskonzept zu erstellen (Hempler et al., 2018). Diese Zusammenarbeit ist essenziell, da die Rehabilitationserfolge durch die Kombination verschiedener therapeutischer Ansätze maximiert werden können. Studien zeigen, dass eine multidisziplinäre Behandlung zu besseren Ergebnissen in der funktionellen Erholung und Lebensqualität der Patienten führt (Hempler et al., 2018). Trotz der positiven Effekte der Ergotherapie gibt es immer noch Herausforderungen in der Umsetzung. Eine systematische Nachsorge und einheitliche Standards für die Versorgung von Schlaganfallpatienten fehlen in vielen Teilen Deutschlands (Hempler et al. 2018: 6). Dies führt zu Inkonsistenzen in der Qualität der Pflege und Nachsorge. Es ist wichtig, dass entsprechende Programme und Richtlinien entwickelt werden, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten sicherzustellen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Erfolge der medizinischen Rehabilitation nachhaltig sind und die Patienten langfristig profitieren (ebd: 2).

3.5.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Physiotherapie in der stationären Pflege in Deutschland sind weitreichend und stark reglementiert. Im Mittelpunkt steht dabei das Sozialgesetzbuch (SGB), das die grundlegenden Vorschriften für das Gesundheitswesen festlegt. Insbesondere das SGB V regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, zu denen auch die physiotherapeutischen Behandlungen gehören. Diese Regelungen stellen sicher, dass physiotherapeutische Leistungen in der stationären Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Standards und unter Einhaltung hoher Qualitätsanforderungen durchgeführt werden müssen (Schweppenstedde et al. 2014: 33, 117). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ausbildung der Physiotherapeuten. In Deutschland werden Physiotherapeuten hauptsächlich an Berufsfachschulen ausgebildet. Diese Ausbildung umfasst sowohl theoretische als auch praktische Inhalte, die den zukünftigen Therapeuten die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln. Allerdings ist die Implementierung von Leitlinien und evidenzbasierter Praxis in der Ausbildung bisher nicht ausreichend integriert, was eine Herausforderung für die Qualität der physiotherapeutischen

Versorgung darstellt (Bahns et al. 2023: 4). Dies zeigt die Notwendigkeit, die Ausbildung kontinuierlich zu verbessern und an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen. Neben den gesetzlichen und ausbildungsbezogenen Rahmenbedingungen gibt es auch spezifische Vorgaben für die Versorgung in der stationären Pflege. Hierzu gehören verbindliche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die die Qualitätssicherung und Mindeststandards für Behandlungen festlegen. Diese Richtlinien sind für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen verbindlich und tragen dazu bei, die Qualität der physiotherapeutischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu sichern (ebd.: 4). Die Einhaltung dieser Vorgaben wird regelmäßig überprüft, um sicherzustellen, dass die Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ergotherapie in der stationären Pflege in Deutschland sind entscheidend, um die Qualität und Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen sicherzustellen. Die Ergotherapie zielt darauf ab, die Handlungsfähigkeit und Teilhabe der Patienten im Alltag zu fördern, indem sie bedeutungsvolle Betätigungen unterstützt (Hofmann 2010: 2). Diese Zielsetzung wird durch verschiedene gesetzliche Vorgaben und Regelungen unterstützt, die sicherstellen, dass die Therapie den Bedürfnissen der Patienten entspricht und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden durchgeführt wird. Ein weiterer Aspekt der rechtlichen Rahmenbedingungen betrifft die Akademisierung der Therapieberufe. Eine deutschlandweite Befragung ergab, dass die Akademisierung der Ergotherapie-Berufe mit erweiterten Tätigkeitsfeldern und verbesserten Stellenangeboten für akademisierte Therapeuten verknüpft werden sollte (Schönfeld und Luderer 2019: 4). Diese Entwicklung wird durch gesetzliche Regelungen unterstützt, die den Zugang zu akademischen Qualifikationen erleichtern und die beruflichen Perspektiven der Therapeuten verbessern. Dies trägt dazu bei, die Qualität der Ergotherapie durch eine bessere Ausbildung und erweiterte Kompetenzen der Therapeuten zu erhöhen.

2. Literaturverzeichnis

- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340(apr20 2), c1718–c1718. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1718>
- Bahns, C., Scheffler, B., & Kopkow, C. (2023). Guideline-adherent physiotherapy for patients with hip and knee osteoarthritis in Germany: Protocol for an implementation research project using the Theoretical Domains Framework and the Behavior Change Wheel. *JMIR Research Protocols*, 12, e47834. <https://doi.org/10.2196/47834>
- Barlinn, J., Winzer, S., Worthmann, H., Urbanek, C., Häusler, K. G., Günther, A., Erdur, H., Görtler, M., Busetto, L., Wojciechowski, C., Schmitt, J., Shah, Y., Büchele, B., Sokolowski, P., Kraya, T., Merkelbach, S., Rosengarten, B., Stangenberg-Gliss, K., Weber, J., ... Gumbinger, C. (2021). Telemedizin in der Schlaganfallversorgung – versorgungsrelevant für Deutschland. *Der Nervenarzt*, 92(6), 593–601. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01137-6>
- Chang, K.-V., Chen, K.-H., Chen, Y.-H., Lien, W.-C., Chang, W.-H., Lai, C.-L., Wu, C.-C., Chen, C.-H., Chen, Y.-H., Wu, W.-T., Wang, T.-G., & Han, D.-S. (2022). A multicenter study to compare the effectiveness of the inpatient post acute care program versus traditional rehabilitation for stroke survivors. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16984-9>
- Diermayr, G., Schomberg, M., Greisberger, A., Elsner, B., Gronwald, M., & Salbach, N. M. (2020). Task-oriented circuit training for mobility in outpatient stroke rehabilitation in Germany and Austria: A contextual transferability analysis. *Physical Therapy*, 100(8), 1307–1322. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa053>
- Grant, I., Kesternich, I., & Van Biesebroeck, J. (2022). Entry decisions and asymmetric competition between non-profit and for-profit homes in the long-term care market. *International Economic Review*, 63(2), 631–670. <https://doi.org/10.1111/iere.12544>
- Hackmann, T. (2010). Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. *Sozialer Fortschritt*, 59(9), 235–244. <https://doi.org/10.3790/sfo.59.9.235>

- Hempler, I., Woitha, K., Thielhorn, U., & Farin, E. (2018). Post-stroke care after medical rehabilitation in Germany: a systematic literature review of the current provision of stroke patients. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3235-2>
- Hofmann, M. (2010). Rollenwechsel in Der Ergotherapie – Von der Basteltante zur Ergotherapeutin. *ergopraxis*, 3(11/12), 28–31. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268538>
- Jee, S. I. (2024). Enhancing dementia Nursing Homes in South Korea: Lessons from German building standards. *Buildings*, 14(5), 1427. <https://doi.org/10.3390/buildings14051427>
- Karmann, A., & Sugawara, S. (2020). Comparison of Japanese and German nursing homes: Implications of demographic and policy differences. In *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.2.21407/v1>
- Kubny-Lüke, B. (2005). Ergotherapie im Kontext der neuen Leistung Soziotherapie SGB V § 37a. *psychoneuro*, 31(02), 106–109. <https://doi.org/10.1055/s-2005-865119>
- Lauterbach, K. W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., & Klever-Deichert, G. (2005). Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 10(04), 221–230. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858500>
- López-Liria, R., Vega-Ramírez, F. A., Rocamora-Pérez, P., Aguilar-Parra, J. M., & Padilla-Góngora, D. (2016). Comparison of two post-stroke rehabilitation programs: A follow-up study among primary versus specialized health care. *PloS One*, 11(11), e0166242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166242>
- Maier, C. (2014). *Eine Empirische Analyse Der Anreize Zur Informellen Pflege: Impulse für Deutschland aus einem europäischen Vergleich* (150. Aufl.). Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag Der Wissenschaften. <https://doi.org/10.3726/978-3-653-04716-5>
- May, S., Gabb, F., Ignatyev, Y., Ehrlich-Repp, J., Stahlhut, K., Heinze, M., Allsop, M., Stanze, H., & Muehlensiepen, F. (2022). Mental and physical well-being and burden in palliative care nursing: A cross-setting mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6240. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106240>

- Melcop, N., von Werder, T., Sarubin, N., & Benecke, A. (2019). The role of psychotherapy in the German health care system: Training requirements for psychological psychotherapists and child and adolescent psychotherapists, legal aspects, and health care implementation. *Clinical psychology in Europe*, 1(4). <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.34304>
- Merklein de Freitas, C. (2020). Meine ersten Corona-Wochen in der Praxis – Ergotherapie im Ausnahmezustand. *ergopraxis*, 13(05), 16–19. <https://doi.org/10.1055/a-1153-3834>
- Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: Evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588–597. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>
- Nave, A. H., Rackoll, T., Grittner, U., Bläsing, H., Gorsler, A., Nabavi, D. G., Audebert, H. J., Klostermann, F., Müller-Werdan, U., Steinhagen-Thiessen, E., Meisel, A., Endres, M., Hesse, S., Ebinger, M., & Flöel, A. (2019). Physical Fitness Training in Patients with Subacute Stroke (PHYS-STROKE): multicentre, randomised controlled, endpoint blinded trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 15101. <https://doi.org/10.1136/bmj.15101>
- Regulating quality and safety of health and social care: International experiences.* (2014). RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/rr561>
- Reichert, A. R., & Stroka, M. A. (2018). Nursing home prices and quality of care - Evidence from administrative data. *Health Economics*, 27(1), 129–140. <https://doi.org/10.1002/hec.3518>
- Rommel, A., & Kroll, L. E. (2017). Individual and regional determinants for physical therapy utilization in Germany: Multilevel analysis of national survey data. *Physical Therapy*, 97(5), 512–523. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx022>
- Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege – Verheißung und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(5–6), 30–37. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-5-6-30>
- Schönfeld, A., & Luderer, C. (2019). Views of practice owners on intraprofessional cooperation in teams of professionally trained and academic therapists / Sichtweisen von Praxisinhabern/-innen auf die intraprofessionelle Zusammenarbeit in Teams von berufsfachschulisch ausgebildeten und akademisierten Therapeuten/-innen.

- International Journal of Health Professions*, 6(1), 103–115.
<https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0012>
- Schöttle, D., Ruppelt, F., Karow, A., & Lambert, M. (2014). Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(03/04), 140–145.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1390424>
- Schuler, M., Murauer, K., Stangl, S., Grau, A., Gabriel, K., Podger, L., Heuschmann, P. U., & Faller, H. (2019). Pre-post changes in main outcomes of medical rehabilitation in Germany: protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant and aggregated data. *BMJ Open*, 9(5), e023826.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023826>
- Schulz, E., & Geyer, J. (2014). Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. *Vierteljahrshefte Zur Wirtschaftsforschung*, 83(4), 137–157. <https://doi.org/10.3790/vjh.83.4.137>
- Skudlik, S., Hirt, J., Döringer, T., Thalhammer, R., Lüftl, K., Prodinger, B., & Müller, M. (2023). Challenges and care strategies associated with the admission to nursing homes in Germany: a scoping review. *BMC Nursing*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01139-y>
- Tauber, F., Nisch, R., Qureshi, M., Patsalos, O., & Himmerich, H. (2020). Psychosomatic inpatient rehabilitation for people with depression in Germany. In *Psychosomatic Medicine*. IntechOpen.
- Unrath, M., Kalic, M., & Berger, K. (2013). Who receives rehabilitation after stroke? Data from the quality assurance project "stroke register northwest Germany". *Deutsches Arzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0101>
- Vanella, P., Heß, M., & Wilke, C. B. (2020). A probabilistic projection of beneficiaries of long-term care insurance in Germany by severity of disability. *Quality & Quantity*, 54(3), 943–974. <https://doi.org/10.1007/s11135-020-00968-w>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Hüll, M., Rikkert, M. O., & Vernooij-Dassen, M. (2011). Why did an effective Dutch complex psycho-social intervention for people

with dementia not work in the German healthcare context? Lessons learnt from a process evaluation alongside a multicentre RCT. *BMJ Open*, 1(1), e000094. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000094>

Wronski, P., Koetsenruijter, J., Ose, D., Paulus, J., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2021). Healthcare planning across healthcare sectors in Baden-Wuerttemberg, Germany: a stakeholder online survey to identify indicators. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06514-0>

Wullschleger, A., Wosniok, W., Timm, J., & Heinze, M. (2017). Challenges and perspectives in bridging in- and outpatient sectors: The implementation of two alternative models of care and their effect on the average length of stay. *Frontiers in psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00196>